



NOMBRE DEL PACIENTE  
**CONTRERAS BECERRA MA CARMEN**  
Edad 59 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/05/05 11:07

**Rp:**

- **THEALOZ (Trehalosa) gotas 3% 10 ML (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTTA EN AMBOS OJOS CADA 6 HORAS HASTA SIGUIENTE CONSULTA

**Recomendaciones:**

- En caso de dudas o preguntas comunicarse inmediatamente a los números telefónicos de la clínica.
- Recuerde que todos los medicamentos pueden tener efectos colaterales, mismos que su médico le ha explicado de forma detallada y que estan siendo vigilados y monitorizados durante su tratamiento

Próxima consulta:      2 SEMANAS

Fecha de cita: \_\_\_\_\_

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico

\_\_\_\_\_  
GOTTLINDA PAYAN GONZALEZ